

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE ^{N^o} 115

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PRÉSENTÉE PAR

Fernando MENENDEZ GONZALEZ

Né le 26 Décembre 1908, à LA HAVANE (Cuba)

LÉSIONS VEINEUSES
EN RAPPORT AVEC LES VOIES
URINAIRES SUPERIEURES

Président : A. GOSSET, Professeur

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PRÉSENTÉE PAR

Fernando MENENDEZ GONZALEZ

Né le 26 Décembre 1908, à LA HAVANE (Cuba)

LÉSIONS VEINEUSES EN RAPPORT AVEC LES VOIES URINAIRES SUPÉRIEURES

Président : A. GOSSET, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1936

Doyen G. ROUSSY.

I. — Professeurs

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSEY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL.
	LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maur. VILLARET
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE
	JEANNIN.
	N...
Clinique gynécologique	OMBREDANNE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	RATHERY.
Clinique thérapeutique médicale	LEMAITRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	Pierre DUVAL
Clinique thérapeutique chirurgicale	SERGENT.
Clinique propédeutique	BEZANCON.
Clinique de la Tuberculose	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	HOVELACQUE
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.
BÉNARD Henri	Pathologie médicale.	GAYET
BERNARD Et...	Pathologie médicale.	GIROUD
BOULIN	Pathologie médicale.	HAGUENAU ...
BULLIARD	Histologie.	HALPHEN
CATHALA	Pathologie médicale.	HAZARD
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.	HUGUENIN
COGNON	Physique.	JOANNON
DEY	Urologie.	LABBE Henri..
GALLIARD	Parasitologie.	LACOMME
GASTINEL	Bactériologie.	LANTUEJOUL..
DE GAUDART ..	Pathologie chirurgicale.	LAROCHE Guy.
D'ALLAINES.		
		Physiologie.
		Histologie.
		Pathologie médicale.
		Oto-rhino-laryngologie.
		Pharmacologie.
		Anatomie pathologique
		Hygiène.
		Chimie biologique.
		Obstétrique.
		Obstétrique.
		Pathologie médicale



MM.

LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LEVY (M^{re} J) .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-
 DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.
 BESANCON (J.). Hydrologie.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-
 BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-
 LEMAIRE ... Parasitologie.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ABRAMI
 ALAJOUANINE. }
 AUBERTIN }
 BRULE }
 CHABROL } Clinique médicale.
 CHIRAY }
 DONZELOT }
 DUVOIR }
 LIAN }
 VALLERY-RADOT }
 (Pasteur). }
 SEZARY }

MM.

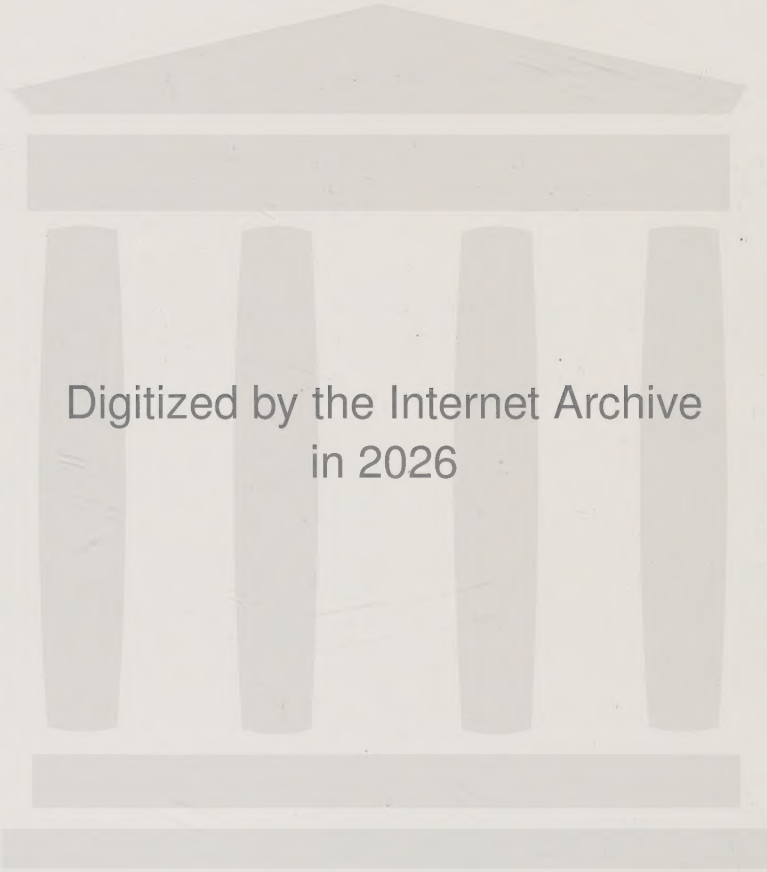
BASSET }
 BROCC }
 CADENAT }
 GATELLIER } Clinique chirurgicale
 HEITZ-BOYER. }
 MOURE }
 QUENU }
 SCHWARTZ }
 VELTER }
 ECALLE }
 GUENIOT } Clinique obstétricale
 LE LORIER }
 LEVY-SOLAL ... }
 METZGER }

V. — Chargés de cours

MM.

FREY Stomatologie.
 CHAILLEY-BERT, agrégé. Education physique
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 WEIL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE

En témoignage de mon affection et
de ma profonde reconnaissance pour
tout ce qu'ils ont fait pour moi.

A MA FEMME

Bien simple hommage de ma plus
profonde affection.

A MON FRÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET

*Professeur de Clinique chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Grand Officier de la Légion d'Honneur*

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette Thèse.

Qu'il trouve ici l'assurance de notre
profonde gratitude.

A MON MAÎTRE LE DOCTEUR EDMOND PAPIN

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph

Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse et qui a eu la bienveillance de
nous en fournir les éléments.

Nos sentiments respectueux et re-
connaissants.

A TOUS MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS ET DES HÔPITAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HEITZ-BOYER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FÉLIX TERRIEN

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ROUSSY

A MON PARENT

MONSIEUR LE DOCTEUR FRANCISCO MENENDEZ

A MONSIEUR LE DOCTEUR TCHATCHIACHVILI

A MONSIEUR LE DOCTEUR LAMOTHE

LÉSIONS VEINEUSES
EN RAPPORT
AVEC LES VOIES URINAIRES SUPÉRIEURES

INTRODUCTION

Les troubles provoqués par le système veineux des voies urinaires supérieures n'ont pas été jusqu'à ces temps derniers le sujet d'une étude spéciale.

On ne trouve dans la littérature que deux cas se rapportant à ce sujet.

Les urologues et les chirurgiens se sont occupés du système artériel et des anomalies, ainsi que des troubles qui en découlent. Ils passaient par contre sous silence le système veineux, considérant en général ce dernier comme dépourvu de tout intérêt pratique.

Cependant, certains faits témoignent que les lésions des veines qui se trouvent au contact des voies urinaires supérieures peuvent présenter un réel intérêt pratique.

C'est à notre maître, le Docteur Edmond PAPIN, qu'on doit la mise à l'ordre du jour de ces lésions qui méritent d'être étudiées de près.

A deux reprises différentes, il insista sur l'importance et le rôle qu'elles semblent jouer dans la pathologie urétérale.

Depuis longtemps, on connaît des troubles, des conduits urinaires provoqués par des ganglions lymphatiques hypertrophiés ou calcifiés, se trouvant au contact de l'uretère, ainsi que ceux provoqués par des brides conjonctives et d'inflammation rétropéritonéale.

Les lombotomies dans certains cas ont démontré qu'en plus des facteurs ci-dessus, on peut en rencontrer d'autres d'origine purement veineuse. D'ailleurs ces dernières peuvent être isolées ou associées à d'autres causes.

Les lésions veineuses, bien que différentes par leur caractère pathogénique, donnent en clinique les mêmes symptômes ; et, sont susceptibles de causer ultérieurement les mêmes complications ; ce qui nous autorise à les traiter en même temps.

Ces lésions veineuses peuvent être classées suivant leur caractère en trois catégories :

- 1° Les varices de l'appareil urinaire supérieur.
- 2° Les veines normales ou anormales modifiant la fonction urétérale.
- 3° Les phlébolithes au contact de l'uretère.

Nous les décrirons successivement suivant leur fréquence.

Cependant, avant de passer à l'étude de la pathologie veineuse, nous jugeons nécessaire de décrire la circulation veineuse normale du bassin et de l'uretère.

CHAPITRE PREMIER

LES VEINES DU BASSINET ET DE L'URETERE

L'anatomie des veines du bassin et de l'uretère n'est pas très connue. Il n'existe pas un seul travail moderne traitant spécialement cette question.

D'après les classiques, la disposition générale des veines correspond à celle du système artériel.

Elles forment depuis la racine des calices jusqu'à la vessie un plexus aux mailles allongées dont les rameaux sont parfois très volumineux.

A la partie supérieure, au niveau du bassin, les veines forment le plexus rétro-pyélique qui aboutit d'une part à la veine rénale et d'autre part au réseau veineux capsulo-adipeux.

Dans les veines urétérales il faut distinguer deux groupes (suivant la description des artères urétérales par LATARGET et LAROYENNE en 1907).

1° Les vaisseaux longs.

2° Les vaisseaux courts.

Pour les vaisseaux longs, on distingue les veines urétérales supérieures qui se déversent dans les veines rénales et les veines urétérales inférieures constituées

de deux branches : ascendante et descendante ; qui se déversent dans la veine hypogastrique ou plus rarement dans la veine iliaque interne.

Les vaisseaux courts forment un plexus veineux péri-urétéral dessinant autour de l'uretère des mailles foncées. Ces veines confluent dans les veines spermatiques ou utéro-ovariennes ; dans la veine vésicale inférieure et vésiculo différentielle chez l'homme ou dans la veine vésicale inférieure et utérine et de ses branches chez la femme.

En ce qui concerne les veines de la partie inférieure de l'uretère, il est presque impossible de trouver leur origine à cause de la disposition anatomique dans cet espace.

Le rapport entre la disposition des longues veines et des deux artères avec la paroi urétérale offre un intérêt tout particulier au point de vue pathologique. C'est que ces vaisseaux sur toute leur longueur adhèrent intimement à la paroi musculaire de l'uretère. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce fait dans un chapitre suivant.

Quant aux veines de la paroi (veines profondes), notre connaissance est encore moindre.

D'après les classiques elles naissent dans les couches conjonctives au-dessous de la muqueuse où elles forment un fin réseau, duquel partent des rameaux qui vont former un second réseau dans la partie profonde de la couche musculaire ; et, enfin un dernier plexus, qui accompagne le plexus artériel et est situé sous l'adventice duquel partent les veines afférentes.

CHAPITRE II

LES VARICES

DES VOIES URINAIRES SUPERIEURES

Les varices des voies urinaires supérieures, comme il a été dit plus haut, sont des observations rares.

Les deux observations : celles de DEBROYE et de GRÜBER et FRANK sont seules dans la littérature. (La dernière est un document autopsique.)

Nous envisagerons les varices segmentaires, qui touchent directement les conduits excréteurs et sont susceptibles d'influencer leur fonction.

Ainsi nous éliminerons d'emblée les varices, la phlébectasie et les varices secondaires dues aux infiltrations néoplasiques des ganglions lymphatiques dans le cancer du rein, dont la manifestation extérieure, d'après LEGUEU serait un varicocèle à évolution rapide. Nous éliminons également les dilatations causées par la gêne circulatoire dans la veine cave inférieure.

Nous analyserons les onze observations ci-dessous.

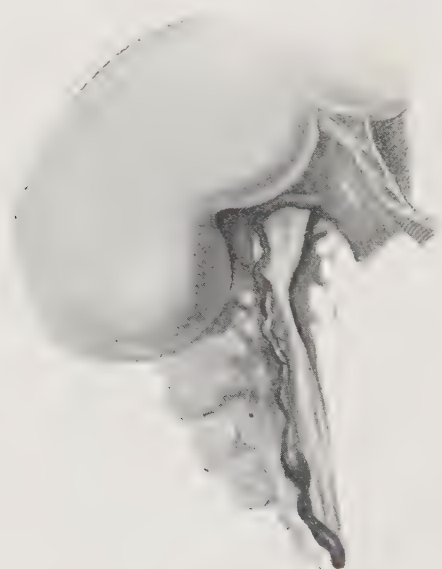
OBSERVATION I

(Docteur Edmond PAPIN)

Mme D..., 57 ans, s'est présentée à mon examen en septembre 1922, se plaignant de douleurs dans le rein gauche.

En 1915, la malade avait eu une première crise qualifiée cystite, caractérisée par des mictions fréquentes avec douleur terminale. Traitement par bains de siège : durée huit jours.

En mai 1921, deuxième crise de cystite. La malade ressentit des douleurs en urinant, pendant six semaines, avec besoins incessants et sensation de battements dans la vessie, durant parfois une heure et plus.



Cliché Arch. Mal. des Reins.

FIG. 1. — Observation I (Dr Ed. Papin)

Rein gauche-face postérieure, gros tronc veineux variqueux rétro-pyélique et para-urétéral

Traitement : capsules de térébenthine, bains de siège. La pollakiurie était diurne et nocturne, les urines un peu purulentes, mais pas de sang.

La malade se rendit à Amélie-les-Bains ; au bout de

deux jours elle se sentit mieux, mais resta dans un état extrême de nervosité.

En juin 1922, après une longue promenade, sensation de lourdeur pénible dans le rein gauche et apparition de phénomènes de cystite.

A la suite d'un accouchement, la malade avait eu une déchirure du périnée et un peu d'éventration : elle porte une ceinture.

Les crises rénales et vésicales se répétant, je vois la malade à ma consultation en septembre 1922. Elle se plaint de douleurs aiguës dans le rein gauche, exacerbées par un récent voyage. Elle n'urine presque pas le jour mais beaucoup la nuit et la polyurie calme ses douleurs.

Examen des urines totales : rares leucocytes, cellules épithéliales. Ur = 10.66.

La malade n'a jamais eu d'hématuries.

Le rein gauche est nettement abaissé et palpable.

Points douloureux dans la région costo-lombaire et en avant dans la région sous-costale.

Radiographie négative.

L'examen du périnée montre une cystocèle assez marquée.

Cystoscopie : Vessie déformée par la cystocèle.

Muqueuse plutôt pâle avec veines bien visibles, quelques-unes un peu saillantes. Orifices urétéraux normaux.

Diagnostic : petite hydronéphrose gauche, cystocèle.

Opération le 26 janvier 1923 : incision lombaire longue, le rein gauche est gros, bas, avec adhérences serrées.

Les artères sont grosses avec des nerfs hypertrophiés.

Il y a un bassinnet un peu dilaté, mais qui se contracte bien.

Enervation facile : on recueille un gros fragment de nerf. L'artère est entièrement mise à nu.

Il n'y a aucune hémorragie.

Décapsulation. Grosse capsule épaissie.

Fixation par quatre lambeaux. Petit drain sous-rénal.

Grosse veine urétrique variqueuse, courant sur le bord externe de l'uretère et passant à la face postérieure du bassinnet pour gagner la veine rénale. Résection entre deux ligatures.

Dans la même séance, on pratique la colpopérinéoraphie antérieure et postérieure avec suture des releveurs.

L'examen histologique des nerfs a été fait par M. VERLIAC et a montré de la sclérose inter et intra-fasciculaire.

Depuis cette époque, la malade a été reçue à de longs intervalles pour de petites poussées de cystite ou de pyélite cédant à un ou deux lavages de la vessie ou du bassinnet. Je l'ai revue en octobre 1930 : elle continue à se bien porter, sauf une petite crise annuelle, généralement après sa cure hydrominérale.

OBSERVATION II
(Docteur Edmond PAPIN)

Mlle C..., domestique, âgée de 46 ans, est venue consulter à l'hôpital Saint-Joseph pour des hématuries.

Il n'y a rien à signaler dans ses antécédents personnels. Elle n'a eu aucune maladie infectieuse grave. Elle a été réglée normalement et continue à être bien réglée.

Ni enfant, ni fausse-couche.

Depuis quatre jours, la malade a présenté des urines sanglantes assez fortement teintées. C'est la première fois qu'un pareil accident se présente ; auparavant, il n'y avait jamais rien eu d'anormal du côté de l'appareil urinaire.

Cet hématurie ne s'accompagne d'aucun trouble vésical et d'aucune douleur du côté des reins.

A l'exploration, on sent le rein droit qui est un peu abaissé et mobile, mais qui n'est pas douloureux. On ne sent pas le rein gauche.

L'examen cystoscopique a été très intéressant :

La vessie a une capacité normale. Les urines recueillies sont sanglantes, mais on arrive facilement par le lavage à obtenir un milieu clair.

Le cystoscope étant introduit, on voit que la vessie est d'aspect normal, mais en bas et à droite du col, dans la région du trigone, on découvre un paquet variqueux qui se présente comme une grosse boule

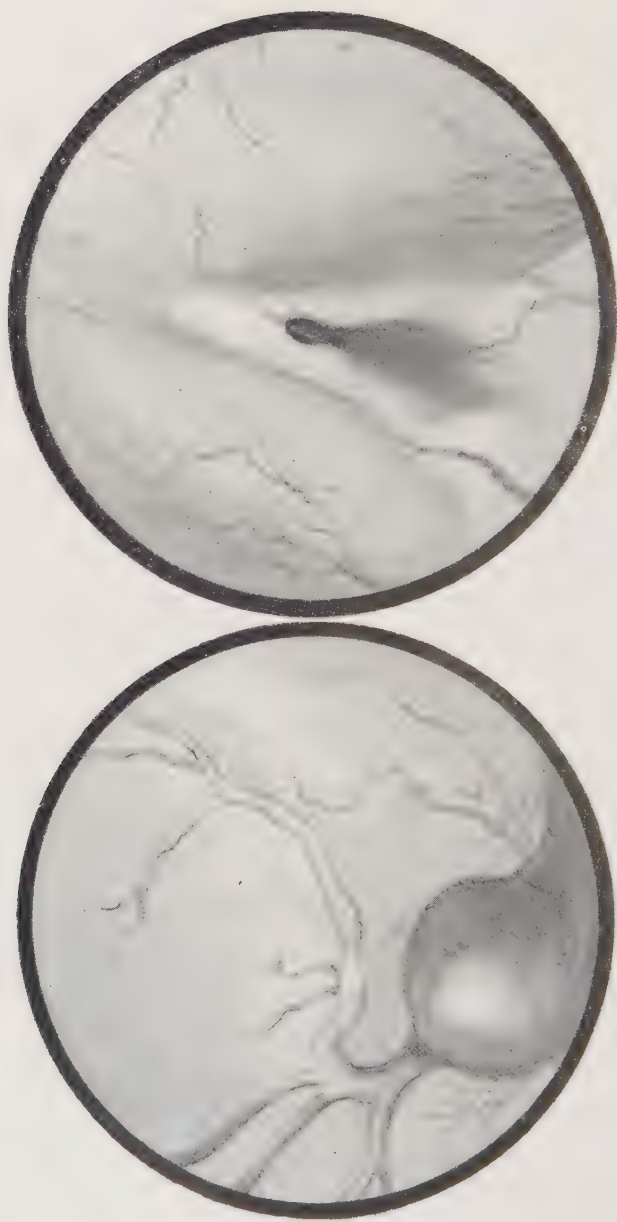


Fig. 2. — Observation II (Dr Ed. Papin)
 Cystoscopie : à gauche, grosse varice en boule bleuâtre ; à droite, jet de sang sortant de l'urètre.

Cliché Arch. Mal. des Reins.

bleuâtre d'où part une veine sinueuse avec de nombreuses ramifications. On conclut qu'il s'agit d'une hémorragie d'origine vésicale, bien qu'à ce moment on ne voit pas sortir de sang de la varice. Mais, en continuant l'exploration, on découvre les orifices urétéraux qui sont normaux et l'on a la surprise de voir s'échapper de l'orifice gauche, à chaque éjaculation, un jet de sang très net. L'hémorragie, actuellement observée, n'est donc pas vésicale, mais provient du rein gauche.

Une radiographie ne donne aucun résultat, il ne s'agit pas de calcul. On pratique alors une pyélographie du côté gauche. Malheureusement, cette pyélographie n'est pas bonne, mais elle est suffisante pour montrer que le bassinet n'est que très légèrement dilaté et que le rein est abaissé et situé au niveau des troisième et quatrième lombaires ; le pôle inférieur affleurant presque la crête iliaque.

Le cathétérisme urétéral ne montre des deux côtés ni pus ni microbes.

La teneur en urée est à peu près égale des deux côtés : 11,5 à droite, 10,6 à gauche.

Etant donné les résultats des examens, on décide de faire une lombotomie exploratrice du côté gauche.

L'opération est pratiquée le 23 avril 1926 : incision lombaire gauche, découverte du rein qui est plutôt petit bosselé avec des incisures assez profondes. Le rein est très congestionné, mais ce qui est surtout remarquable, c'est qu'il existe une énorme dilatation de la veine urétérique, cette veine longe l'uretère en dé-

crivant des sinuosités, elle est plus volumineuse que l'uretère lui-même et elle vient se jeter hors du hile dans le bord inférieur de la veine rénale.

Cette veine est réséquée entre deux ligatures sur une longueur de 5 centimètres.

On procède ensuite à la décapsulation du rein. La capsule est très épaisse, on la décolle avec difficulté au niveau des incisures et on la résèque entièrement.

Le rein est remis en place et, pour le fixer, on se sert simplement de la capsule adipeuse qui est ramenée en haut par un surjet au catgut et fixée au-dessus de la douzième côte.

On ne place aucun drain et l'on ferme totalement la plaie.

Les suites opératoires ont été normales. Après une légère élévation de la température, celle-ci est revenue rapidement à l'état normal.

La quantité d'urine qui était de 600 gr. le lendemain de l'opération est montée à 1.000 gr. le surlendemain et, après différentes alternatives, s'est rétablie normalement, quoique avec des variations assez marquées.

La malade est sortie guérie le 15 mai 1926.

Elle a été revue depuis en bon état.

OBSERVATION III (Docteur Ed. PAPIN.)

Mlle V..., 33 ans, vient consulter pour hématurie totale durant depuis quinze jours.

Antécédents personnels : La malade est bien réglée ;

toutefois, elle a eu quelques métrorragies. A l'âge de 23 ans, elle aurait été traitée pour insuffisance hépatique. La malade entre à l'hôpital pour y subir les examens cystoscopiques.

Examen le 8 décembre 1926 : capacité vésicale normale, urine louche, vascularisation normale de la vessie.



Cliché Arch. Mal. des Reins.

FIG. 3. — Observation III (Dr Ed. Papin)

Grosse veine urétérale. Rein lobulé fœtal. Hématurie

On voit autour de l'uretère droit des veines dilatées dont une grosse qui borde le méat.

Cathétérisme bilatéral : à droite, jusqu'en haut ; à gauche, la sonde bute à 20 cm.

Rein droit : sang, urates ; C. U. = 8.50.

Rein gauche : pas d'échantillon, la sonde n'a rien donné.

La pyélographie gauche montre une coudure de

l'extrémité supérieure de l'uretère, le rein est abaissé.

Opération le 20 décembre 1926 : incision lombaire gauche, remontant sur la onzième côte, s'arrêtant, en bas, à 8 cm. au-dessous de la douzième. Rein de volume normal, à capsule épaisse, avec adhérences du péritoine qui vient loin en arrière.

Le rein mis à nu, on voit que l'uretère est suivi par une grosse veine variqueuse, qu'on résèque après ligature au-dessus et au-dessous. Dans les manipulations, un hématome s'est formé sous la capsule du rein. On incise la capsule et on la résèque, puis on fixe le rein à l'aide d'un double fil passé dans le pôle supérieur et lié sur peloton graisseux au-dessus de la onzième côte. Berceau sous-rénal. Fermeture totale.

Suites opératoires sans incidents. La malade sort la troisième semaine après l'intervention.

OBSERVATION IV (Docteur Ed. PAPIN.)

Mme L..., 45 ans, présentait depuis 1916 des douleurs abdominales, à droite, déjà attribuées à une ptose rénale. Opérée en 1925 pour appendicite par le Docteur BILHAUT, par suite d'une recrudescence des douleurs.

En mai 1927, les crises douloureuses qui avaient disparu à la suite de l'opération de 1925, réapparurent de nouveau. Elles étaient localisées dans la région lombaire droite, avec irradiations ascendantes vers l'épaule et surtout descendantes le long du trajet de

l'uretère. Ces crises étaient de courte durée, mais réapparaissaient tous les jours, deux ou trois fois.

Antécédents : bonne santé, mari bien portant, deux fils bien portants. Une fausse-couche après le deuxième.

Examen : Mêmes douleurs. Pollakiurie peu nette. La malade urine quatre à cinq fois par jour, rarement la nuit. Elle n'a jamais eu d'hématuries et les urines sont claires.

Cystoscopie : Capacité vésicale normale. Légère hyper-vascularisation du trigone. Orifices normaux. La sonde bute à 12 cm. du côté droit.

Pyélographie : la sonde est arrêtée au détroit supérieur et le liquide reflue dans la vessie.

Opération le 11 juillet 1927, pratiquée par le Docteur PAPIX. Néphropexie droite.

Incision lombaire. On tombe sur un gros rein arrondi, des brides passant devant l'uretère sont rompues. On voit des veines variqueuses longeant l'uretère une de chaque côté.

Résection du bassinot ; drainage transrénal. On remet le rein en place et on laisse un drain qui passe au-dessus de la douzième côte. Hamac sous-rénal.

On n'a pas touché à la veine urétérale externe, mais la veine interne débouchant directement dans la veine rénale a été liée.

Suites normales. Sort guérie le 4 août. Revue depuis en bon état.

OBSERVATION V
(Docteur Ed. PAPIN.)

Mme S. H..., 33 ans, vient à l'hôpital Saint-Joseph pour des douleurs dans la région lombaire droite.

Cette malade a été opérée le 7 juillet 1928 pour tuberculose rénale. J'ai pratiqué la néphrectomie gauche

Deux mois plus tard, apparurent des douleurs dans la région lombaire et la région iliaque du côté droit, avec vomissements et des maux de tête de temps à autre. Ces phénomènes continuèrent jusqu'à Pâques 1930. A ce moment, la malade revint à la consultation où l'on pratiqua un examen fonctionnel.

La malade présentait une douleur au toucher vaginal, dans le cul-de-sac droit, et un gynécologue qui l'examina pensa à l'existence d'une salpingite droite d'origine tuberculeuse. On lui conseilla le traitement habituel et la malade garda le repos jusqu'au début juillet. Je la revis le 5 juillet, elle continuait à souffrir par périodes assez courtes, mais très rapprochées, se succédant à quelques jours d'intervalles. Je décidai alors de pratiquer une pyélographie.

L'examen cystoscopique ne montra rien d'anormal, la vessie ne présentait aucune lésion bacillaire, l'orifice droit était normal. On fit le cathétérisme du rein droit et la pyélographie, celle-ci montra une dilatation très nette du bassinet droit qui était en place normale, au niveau de la douzième dorsale et de la première lombaire.

A la palpation, le rein droit était appréciable et paraissait un peu volumineux.

Le toucher vaginal ne montrait rien du côté des annexes. On fit un examen fonctionnel qui donna : $Az = 0,33$; $K = 0,124$.

Il semble bien, d'après la pyélographie, qu'il existe un obstacle au niveau du collet et l'on décide alors de pratiquer une lombotomie exploratrice pour libérer l'uretère.

L'opération est faite le 11 juillet 1930. Après incision lombaire et découverte d'un rein de volume à peu près normal, on se trouve en présence d'un bassinnet légèrement dilaté, avec de grosses dilatations veineuses volumineuses et des brides fibreuses croisant l'uretère. On a pratiqué l'intervention suivante :

1° Résection des varices urétérales ;

2° Section des brides fibreuses qui comprimaient l'uretère ;

3° Décapsulation. En décollant la capsule, on trouve à la face profonde de nombreuses cicatrices avec adhérences.

Les suites opératoires ont été simples et la malade est sortie au bout de trois semaines.

OBSERVATION VI

(Docteur Ed. PAPIN.)

Mme G..., 33 ans, se présente à la consultation de l'hôpital Saint-Joseph en juillet 1928.

Elle se plaint de douleurs vésicales avec hématuries survenant irrégulièrement depuis cinq ans. Douleurs lombaires mal localisées. Pertes blanches. Constipation.

Il y a trois mois, frisson avec fièvre et urines troubles, sentant mauvais. Pollakiurie nocturne marquée, mais pas d'hématuries.

La malade est opérée d'appendicectomie sans aucune amélioration. Elle souffre maintenant dans le rein droit. La cystoscopie montre une légère cystite. Les orifices urétéraux sont normaux.

L'examen des urines totales montre un dépôt insignifiant et quelques cellules épithéliales. La radiographie simple ne montre rien d'anormal.

La pyélographie (26 juillet 1928) montre un uretère légèrement dilaté et un bassinnet qui paraît normal. Le rein droit est abaissé.

On pose le diagnostic de rein mobile avec légère dilatation de l'uretère.

La malade retarda son entrée à l'hôpital et fut opérée seulement le 14 janvier 1929.

Incision lombaire droite.

Découverte d'un rein à hile orienté en arrière et présentait une grosse veine avec rameau polaire et deux artères, l'une grosse inférieure bifurquée, l'autre polaire supérieure.

Un réseau veineux abondant couvre la face postérieure du bassinnet et aboutit à une grosse veine para-

urétérique. Une autre veine provenant de la veine principale perfore la lèvre postérieure du hile et descend sur la face postérieure pour aller rejoindre la veine urétérique. La grosse veine postérieure fut coupée entre deux ligatures et le rein fut fixé par transfixion du pôle supérieur ; hamac sous-rénal.

La malade a été revue depuis l'opération : la cicatrice est bonne, le rein bien en place : la malade se plaint seulement de constipation opiniâtre.

OBSERVATION VII (Docteur Ed. PAPIN.)

Mme S. C..., 33 ans, Cette malade a été déjà opérée par moi le 31 août 1928 pour petite hydronéphrose du rein droit.

L'opération avait consisté dans la section d'une artère anormale du pôle inférieur du rein et la résection du bassinet avec drainage transrénal et suture totale de la zone réséquée. Le rein avait été simplement fixé par sa capsule graisseuse à la douzième côte, en formant un hamac sous-rénal.

Depuis cette époque, la malade ne souffrait plus du côté droit, mais bientôt elle recommença à souffrir du côté gauche, d'abord d'une façon sourde, continue puis par crises assez violentes durant deux ou trois jours, revêtant l'aspect de coliques néphrétiques, à intervalles de quinze à trente jours. Quelquefois, la miction est un peu sensible, mais il n'y a pas de pollakiurie.

Urines claires.

L'exploration du rein gauche montre un peu d'abaissement de l'organe. Point douloureux costo-lombar et point urétéral supérieur.

La pyélographie montre un bassinot un peu dilaté à grand axe vertical se continuant directement avec l'uretère.

Le cathétérisme bilatéral montre :

Rein droit : cellules épithéliales, ni pus ni microbes ;
Ur = 8,32.

Rein gauche : cellules épithéliales, ni pus ni microbes ; Ur = 7,81.

Le 22 janvier 1932, je pratique une lombotomie gauche. Je trouve un rein petit, étroit, allongé, un peu bosselé avec un bassinot légèrement augmenté de volume et à parois épaisses. Ce qui est remarquable, c'est un plexus veineux situé devant le bassinot communiquant d'une part avec la veine rénale, d'autre part avec la veine urétérale. Un hématome s'est formé au cours des manipulations sous l'adventice de l'uretère et du bassinot.

On résèque le plexus veineux en liant les veines afférentes. Le pédicule vasculaire aborde le rein très haut et une artère anormale pénètre le pôle supérieur en son milieu.

Le rein est fixé à la paroi musculaire par transfixion du pôle inférieur.

Fermeture totale.

Lever le 17^e jour. Sortie le 21^e jour.

Revue quelques mois après en bon état.

OBSERVATION VIII
(Docteur Ed. PAPIN.)

Mlle H..., 26 ans, entrée en juillet 1930, se présente à la consultation en novembre 1929, parce qu'elle avait des douleurs lombaires bilatérales.

En mai 1927, la malade fit une première crise avec fièvre, céphalalgie, courbature, sciatique, et légère douleur lombaire. Les urines furent trouvées normales.

Depuis, elle continue à souffrir dans les deux régions lombaires et surtout en décubitus dorsal. Le matin au réveil, les douleurs sont les plus vives.

Tous les trois à six mois, crises douloureuses abdominales, diffuses sans points localisés et sans vomissements.

Pas de pollakiurie nocturne, pas d'hématurie. A eu un peu de cystite en janvier 1930.

Rien à noter dans les antécédents personnels (bronchite, rougeole, coqueluche). Une sœur soignée à Berck pour coxalgie.

La palpation des deux reins est douloureuse. A gauche surtout, point sous-costal très net. On ne sent pas les reins.

Cystoscopie : vessie de bonne capacité, cystite kystique.

OEdème des orifices urétéraux surtout le gauche. Pyélographie gauche. Dilatation du bassinet.

La malade avait été soignée à la consultation ex-

terne depuis novembre 1929, et y avait subi de nombreux lavages du bassinnet gauche : les examens avaient montré tantôt du pus et des colibacilles, tantôt ni pus ni microbes. Mais devant la persistance des phénomènes douloureux, la malade réclame une intervention.

Le 18 juillet 1930, incision lombaire gauche.

Rein de volume normal, irrégulier.

Veines d'aspect variqueux, l'une au-dessus du pédicule principal, l'autre longeant le pôle inférieur et recevant la veine urétérale. Résection des veines.

Vaisseau artériel anormal au pôle supérieur.

Enervation de l'artère principale : grosse artère avec nerfs augmentés de volume.

Fixation par transfixion du pôle inférieur et hamac sous-rénal.

Fermeture totale. Guérison.

Revue depuis : ne souffre plus.

OBSERVATION IX (*partiellement inédite*)

(Docteur Ed. PAPIN.)

Mlle O..., âgée de 28 ans.

Vient pour des douleurs lombaires droites, le 21 novembre 1931.

La douleur survient par crises assez fréquentes.

Présenterait des urines troubles à certains moments, parfois légère élévation de la température.

Dans les antécédents : coliques hépatiques (?).

Les urines actuellement sont claires.

A la palpation, on perçoit le rein droit qui est ptosé.

Cystoscopie : vessie normale.

Pyélographie droite : Bassinet d'aspect normal, mais abaissé ; se trouve entre troisième et quatrième lombaire.

Opération, le 30 novembre 1931 (Docteur PAPIN).
Néphropexie droite.

Incision lombaire remontant au-dessus de la onzième côte.

Parois très hémorragiques.

Rein peu abaissé, lobule fœtal.

Uretère normal.

En manipulant le rein on voit se former un hématome sous la capsule qui se décolle.

Réséction de la capsule.

Fil passé dans le pôle supérieur et attaché au-dessus de la onzième côte.

Hamac sous-rénal.

Fermeture totale en deux plans.

Suite normale.

Sortie guérie le 20 décembre 1931.

Revient deux mois plus tard, avec des douleurs au niveau du rein gauche.

Examen total des urines montre la présence de colipus, et cellules épithéliales.

On pratique des lavages de vessie et du bassinet gauche.

Le 17 juin 1932, pas d'amélioration, la douleur persiste à gauche.

Pas de troubles nerveux. Légers frissons.

A la palpation, les points urétéraux sont douloureux à gauche.

Urines totales à peu près claires.

Urographie : Injection intraveineuse uroselectan « B » n'a rien montré.

Cathétérisme facile des deux côtés.

Examen histo-bactériologique des urines des deux reins, montre la présence du pus et de colibacilles.

Pyélographie gauche : Coudure de l'uretère.

Opération le 21 juillet 1932 (Docteur DE BERNE-LA GARDE).

Incision lombaire gauche.

Rein de volume normal abaissé.

Enorme veine flexueuse urétérique qui pénètre dans le sinus.

Résection de la veine variqueuse.

Hamac sous-rénal. Fermeture totale.

Suite normale. Sortie guérie.

OBSERVATION X

(DEVROYE.)

Il s'agit d'une femme de 41 ans, grosse, ayant eu un enfant mort à l'âge de 12 ans 1/2.

Opérée d'appendicectomie et d'ovariotomie.

Depuis deux ans souffrait de douleurs intolérables dans la région du rein gauche, s'irradiant vers la vessie.

N'avait jamais eu ni impériosité, ni pollakiurie, ni hématurie.

Ces douleurs diminuaient par moment, pour s'exacerber à d'autres, mais jamais il n'y avait de cessation complète.

Traitée à Bruxelles par des médicaments divers, elle n'a vu aucune amélioration.

Au cours d'un séjour à Paris, elle s'est fait traiter par un spécialiste, le Docteur LAMBERT, qui a pensé à une affection rénale bien déterminée.

La radiographie faite en ce moment a démontré l'absence de calcul.

Une division d'urine, pratiquée par lui-même, a donné, par double cathétérisme urétéral :

<i>Rein droit, 15 minutes.</i>	<i>Rein gauche, 15 minutes.</i>
14 cc.	14 cc.
Urée : 13 gr. 57.	Urée : 15 gr. 06.
Cellules épithéliales.	Albumine : présence.
Cocci à négatifs.	Cellules épithéliales.
	Nombreuses hématies.
	Quelques leucocytes.

Donc, pas de différence entre la valeur physiologique de chaque côté du rein. J'attribue la présence d'albumine et de globules rouges dans le rein gauche à la contusion provoquée par la sonde urétérale, créant une petite hémorragie.

Depuis lors, en effet, on n'avait plus jamais trouvé ni sang, ni albumine dans ses urines totales.

Lors de sa visite chez moi, cette malade présentait

encore les mêmes douleurs, toujours aussi vives, dans la région rénale gauche.

A la palpation, tous les points rénaux étaient fortement positifs à gauche et presque nuls à droite.

L'urine, parfaitement claire, sans sucre ni albumine.

Pas d'éléments rénaux ni de globules blancs.

J'ai pensé à un calcul, ou à une hydronéphrose.

La cystoscopie montrant une vessie normale. Les méats urétéraux étant déplacés ; le gauche plus haut que son emplacement normal, le droit plus bas.

Rien d'autre de particulier, *sinon de gros vaisseaux turgescents au bas-fond sur lequel j'attire votre attention.*

La radiographie, pratiquée par GOBEAUX, montre l'absence de calcul.

La pyélographie, pratiquée dans la même séance, montre un bassinnet tout petit, 2 à 3 cc.

L'injection de l'iodure de sodium fut très douloureuse pour la malade.

Donc, pas de calcul, pas d'hydronéphrose, pas de pyonéphrose, pas d'infection, etc..., des douleurs toujours violentes.

Il me restait la ressource du diagnostic de névralgie rénale dans laquelle on classe tous les cas difficiles à débrouiller.

Je lui proposai l'intervention, qu'elle accepta immédiatement, tant elle souffrait depuis longtemps.

Mon intention était de faire une décapsulation, et une énérvation, suivie d'une capsulopexie.

L'opération se fit très facilement. Le rein étant libé-

ré et extériorisé, en le soulevant pour mettre à nu sa face postérieure et disséquer le hile. J'ai découvert une grosse veine partant de la capsule grasseuse à laquelle elle distribuait des rameaux assez abondants et qui provenait d'un tronc beaucoup plus mince, qui se perdait dans la graisse périrénale. D'autre part, le gros tronc variqueux contourna le bassin et venait se jeter dans le hile du rein, probablement directement dans la veine rénale au-dessus du bassin.

J'ai sectionné cette varice et pratiqué l'opération que je me proposais. L'énervation se fit assez facilement et le plus complètement que je pus.

Les suites opératoires furent à peu près normales à part un peu de suppuration dans le trajet du drain. Les douleurs que ressentait la malade depuis deux ans ont totalement disparu.

OBSERVATION XI

(GRÜBER et FRANK.)

Chez une femme de 26 ans souffrant d'une affection de la moelle on trouve à l'autopsie une dilatation des deux veines rénales dans le sinus du rein.

Cette dilatation ne pouvait se voir que sur le rein fendu.

A gauche, la dilatation atteignait le volume d'une noisette.

A droite, il y avait une veine sinueuse indurée du volume d'un crayon. Les deux reins présentaient de nombreuses petites cicatrices d'infarctus.

La paroi veineuse présentait par place des trombus anciens adhérents et des parties hyalines ou calcifiées, avec diminution des éléments élastiques.

On ne trouvait ni varices ni thromboses dans le reste du corps.

La mitrale présentait une insuffisance fibreuse ancienne.

Les auteurs pensent que les lésions veineuses étaient anciennes et provenaient d'une maladie infectieuse, la même sans doute qui a provoqué l'insuffisance mitrale.

Il était impossible de savoir si chez cette malade il y avait eu des hématuries rénales, car elle succomba à son infection médullaire accompagnée de cystite purulente et sanguinolente.

D'après l'analyse des onze observations, tous les sujets sont du sexe féminin. Quant à l'âge, il est réparti de la façon suivante :

Entre 21 et 30 ans.....	3 cas
31 et 40 ans.....	4 —
41 et 50 ans.....	3 —
— 51 et 60 ans.....	1 —

La malade la plus jeune avait 26 ans et la plus âgée 57 ans.

Les varices s'observaient le plus souvent entre 30 et 40 ans.

Dans sept cas les varices s'observaient du côté gauche.

Dans trois cas du côté droit.

Dans un seul cas elles étaient bilatérales.

Il est curieux de constater que le côté gauche est nettement plus atteint que le droit, ce qui est contraire à toutes les lésions rénales chez la femme en général.

Toutes ces observations ne sont pas de même valeur. La plus intéressante est l'observation II.

Chez cette femme, en pratiquant la cystoscopie à cause de l'hématurie indolore, on découvrit des grosses varices vésicales au niveau de l'orifice droit.

En même temps, on a vu le sang venir dans l'orifice gauche.

A l'opération on découvrit les varices urétérales gauches. Malheureusement nous ignorons si les varices existaient à droite.

Cependant, on ne peut nier que chez cette malade, il existait un état variqueux de l'appareil urinaire, qui a provoqué des hématuries.

Dans l'observation 3, nous constatons également l'hématurie.

A la cystoscopie, on découvre des varices évidentes, dans la cavité vésicale et des varices urétérales gauches.

Dans l'observation I, on n'a jamais noté l'hématurie, mais on remarque également des veines bien visibles ; quelques-unes un peu saillantes sur une muqueuse pâle.

A l'opération on découvre de grosses varices urétérales gauches.

Ces trois observations peuvent être classées dans le même groupe à un degré différent.

Dans les sept autres observations il n'y avait ni hématuries, ni varices vésicales.

Dans deux cas les douleurs étaient bilatérales.

Dans cinq cas on remarquait une petite hydronéphrose.

Dans deux cas coudure urétérale.

Dans 1 cas (obs. 5) la pyélographie montre un obstacle au niveau du collet.

À l'opération de l'observation II, les manipulations sur le rein ont provoqué la formation d'un gros hématome sous-capsulaire.

M. PAPIN croit que ces hématomes sous-capsulaires qui se forment parfois dans le rein, sous l'influence des manipulations opératoires, ont certainement pour cause une fragilité anormale des vaisseaux qui courent sous la capsule, particulièrement des étoiles de Verheyen.

M. PAPIN a pratiqué sept fois la résection d'un segment veineux urétérique atteignant jusqu'à 4 ou 5 cm.

Cette résection est bien supportée grâce aux anastomoses du réseau veineux et ses nombreuses voies d'évacuation échelonnées de la veine rénale à la veine honteuse.

CHAPITRE III

BRIDES, ADHERENCES, VOILES VEINEUX

Nous ne parlerons pas ici des anomalies des veines rénales, qui bien que plus rarement peuvent comprimer l'uretère, comme le font certaines artères rénales et jouer un rôle primitif ou secondaire dans l'étiologie des hydronéphroses.

Les cas que nous rapportons, au nombre de trois, ont tous un caractère pathologique inflammatoire en ce qui concerne le système veineux.

OBSERVATION XII

(Docteur Ed. PAPIN.)

Mme F. S..., 46 ans, a subi en 1928 une hystérectomie vaginale pour fibrome. Depuis cette époque, elle a toujours ressenti une douleur dans la fosse iliaque droite.

En décembre 1931, survint une crise douloureuse droite à type de coliques néphrétiques ayant duré 12 heures avec persistance d'un endolorissement pendant huit jours.

Depuis, phénomènes de cystite : fréquence et douleurs avec pyurie. Colibacilles dans l'urine.

La malade a successivement des crises douloureuses droites en juillet, en août, en novembre. Elle entre dans mon service le 11 janvier.

On constate que le rein droit est abaissé.

La cystoscopie montre une vessie normale.

Le cathétérisme montre :

Rein droit : ni pus, ni microbes ; Ur. = 12,81.

Rein gauche : ni pus, ni microbes ; Ur. = 12,29.

La pyélographie ascendante à droite est très intéressante : la sonde a buté à 2 cm., mais le liquide a passé et l'on constate une coudure normale de l'uretère devant l'aileron sacré. L'uretère est rapproché de la ligne médiane, l'ombre est renforcée comme si l'uretère était coudé aussi dans le plan sagittal.

Le 20 janvier 1933, intervention.

Incision iliaque pour la découverte des vaisseaux iliaques. On découvre les vaisseaux utéro-ovariens adhérent à l'uretère : on les isole et on les sectionne entre deux ligatures.

On dissèque avec soin l'uretère et l'on coupe une bride vasculaire en Y après ligature. On laisse l'uretère se remettre en place de lui-même. Il se contracte vigoureusement.

La paroi est fermée en trois plans. Suites normales.

Sort le 21^e jour en parfait état.

Il me paraît évident dans ce cas que l'hystérectomie vaginale a provoqué la coudure urétérale ; les vaisseaux utéro-ovariens tirés en bas et peut-être atteints

de phlébite légère, ont tirillé et coudé l'uretère. Tout porte à le croire, le début des douleurs après l'opération, la pyélographie et les constatations à la deuxième opération.

OBSERVATION XIII

(Docteur Ed. PAPIN.)

Mme M. G..., 28 ans, a ressenti des douleurs dans la région rénale gauche, il y a cinq ans, à l'occasion de sa première grossesse. Depuis lors, cette douleur continue, sans crises, aggravée par une deuxième grossesse il y a deux ans.

À la palpation, on sent le pôle inférieur du rein droit.

La pyélographie gauche montre une poche hydro-néphrotique assez volumineuse.

Examen fonctionnel par double cathétérisme :

Rein droit : Ur = 14,73 ; Vol = 2,5 cc.

Rein gauche : Ur = 10,12 ; Vol = 26 cc.

Le 17 février 1933, lombotomie gauche. On trouve un rein abaissé, un bassin dilaté et épaissi au palper.

Une veine utéro-ovarienne volumineuse (supplémentaire) croise l'uretère au-dessous du collet. À ce niveau il existe une sorte de voile contenant plusieurs veinules allant au pôle inférieur du rein. La veine utéro-ovarienne a été réséquée entre deux ligatures et le voile contenant les veinules également enlevé. Il semble qu'à ce niveau il y avait des traces d'inflammation.

Le rein a été suspendu par transfixion du pôle inférieur.

Il semble que, dans ce cas, le système veineux a joué un rôle primitif ou accessoire dans le développement de l'hydronéphrose.

La malade n'a plus eu de crise depuis cette époque.

OBSERVATION XIV
(*Partiellement inédite.*)
(Docteur Ed. PAPIN.)

Mlle D..., de 28 ans, entre à l'Hôpital Saint-Joseph pour la pollakiurie nocturne et diurne, accompagnée de brûlures à la fin de la miction.

Les débuts de la maladie remontent à 1931, époque à laquelle la malade a ressenti une légère douleur dans la vessie, qui alla s'accroissant.

Le médecin ordonne l'uraseptine.

Malgré l'ordonnance le mal progresse.

La malade se lève une fois la nuit, avec cinq mictions dans la journée et les urines deviennent troubles.

L'analyse des urines à cette époque décèle des staphylocoques, recherche des B K négative.

L'urine s'écoule goutte à goutte pendant quelques jours, causant de violentes douleurs.

Le 6 janvier, première tentative de la cystoscopie et cathétérisme : Vessie très rouge, cathétérisme impossible.

L'analyse des urines vésicales montre : pus et présence des B K.

Le 27 janvier, deuxième cystoscopie sans pouvoir faire le cathétérisme. La malade urine *dix fois le jour et cinq fois la nuit*.

Les urines sont troubles, ni hématurie, ni douleur rénale.

La malade a maigri de quelques kilos.

À la palpation les points urétéraux positifs à droite.

On ne perçoit pas les reins.

Devant les deux échecs du cathétérisme on pratique l'urographie intraveineuse. Uroselectan « B ».

Absence complète de sécrétion à droite.

À gauche, le bassinets normal mais un peu agrandi dans toutes ses dimensions ; l'uretère est également dilaté, un peu atone.

On sait que cette disposition n'est pas rare dans la tuberculose rénale.

Urée de sang (p).

On pose le diagnostic : tuberculose du rein droit.

Néphrectomie droite le 14 mars 1932 (Docteur PAIN).

Incision lombaire droite.

Gros rein bosselé.

Petit uretère fibreux.

Ligature et section de l'uretère.

Ligature et section du pédicule vasculaire.

Fermeture totale en deux plans.

La pièce représente un rein exclu, mastic.

Suite sans incidents, sortie guérie.

Troubles vésicaux persistent, vient pour le pansement.

Amélioration de la cystite.

Quelques mois plus tard, elle fut prise de crises d'hydronéphrose gauche de plus en plus violentes et de plus en plus fréquentes, qui obligent d'intervenir sur ce rein gauche.

Néphropexie le 21 octobre 1932 (Docteur PAPIN).

Incision lombaire gauche. Gros rein, mais qui paraît normal. Uretere augmenté de volume.

Voile préurétéral avec trois troncs veineux très adhérents à l'uretère.

Section entre deux ligatures.

Le rein est fixé par transfixion du pôle inférieur et hamac graisseux sous-rénal.

Fermeture en deux plans.

Sortie guérie.

Revue en 1935 : plus de crises douloureuses.

Parmi ces trois cas, l'observation XII est particulièrement démonstrative.

Il s'agit d'une femme qui a subi une hystérectomie vaginale il y a trois ans.

C'est à partir de cette époque qu'elle ressent une douleur dans la fosse iliaque droite.

Il paraît évident dans ce cas que l'hystérectomie vaginale a provoqué la coudure urétérale.

Les vaisseaux utéro-ovariens tirés en bas et peut-être atteints de phlébites légères, ont tirailé et coudé l'uretère.

Tout porte à le croire, le début des douleurs après l'opération, la pyélographie et les constatations à la deuxième opération.

CHAPITRE IV

PHLEBOLITHES

On observe souvent à la radiographie de la région vésicale et de la portion inférieure de l'uretère des taches qu'on peut prendre pour des calculs de l'uretère ou de la vessie.

Ces taches sont dues le plus souvent, à la présence de phlébolithes, ou plus rarement, aux coprolithes et à beaucoup d'autres corps opaques.

À la radiographie de contrôle les phlébolithes persistent, alors que les coprolithes peuvent se déplacer ou disparaître.

Les phlébolithes, qui peuvent troubler les fonctions urétérales, se forment dans les veines qui sont au contact avec l'uretère, donc avec les veines utérines et les vésico-vaginales.

Il convient de rappeler ici les rapports de l'uretère avec ses veines et plexus.

Les veines du corps de l'utérus sont nombreuses, elles sont courtes, s'anastomosant sur tout son parcours.

Ensemble elles forment un plexus inextricable se dirigeant transversalement.

Elles viennent se jeter dans deux gros troncs veineux, qui remontent sur le flanc du corps de l'utérus, étant couverts par deux feuillets du ligament large.

Le plexus latéro-utérin possède deux voies d'échappement, une inférieure, veines utérines ou utéro-vaginales et une supérieure, veines utéro-ovariennes.

Les veines utéro-vaginales se détachent du plexus à la hauteur du col de l'utérus, et se portent en dehors en accompagnant l'artère utérine.

Il existe presque toujours deux groupes de veines utérines, répondant, l'un au plan antérieur du plexus, l'autre au plan postérieur.

Le groupe antérieur est représenté par une longue veine ordinairement dédoublée, et plexiforme, qui accompagne l'artère, l'enlaçant intimement, passant avec elle en avant de l'uretère.

Le groupe postérieur est formé par une grosse et courte veine, postérieure à la précédente et plusieurs fois anastomosée avec elle au départ.

Cette veine passe en arrière de l'uretère.

Les veines utéro-ovariennes continuent la partie supérieure du plexus latéro-utérin, elles passent par de gros troncs souvent dédoublés et anastomosés, mais formant toujours deux plans.

Le plan antérieur s'engage dans le méso-salpinx, le plan postérieur chemine sous le ligament utéro-ovarien.

Les veines, très développées, masquent presque complètement les artères.

Le plan antérieur reçoit les veines tubaires.

Le plan postérieur collecte les très gros rameaux veineux du bulbe de l'ovaire.

A l'extrémité externe du méso-salpinx, à la hauteur du détroit supérieur, les veines de deux plans origines du plexus pampéniforme, s'anastomosent richement, entourent l'artère spermatique interne.

Le nombre des troncs se réduit rapidement. Finalement il n'y en a plus qu'un, assez grêle, qui se jette à droite dans la veine cave, à gauche dans la veine rénale.

Les veines du ligament rond sont essentiellement variables.

Elles sont comprises dans l'épaisseur du ligament, et ne s'en dégagent qu'à la partie inférieure du trajet.

La confusion de phlébolithes et de lithiases urétérales est d'autant plus facile qu'en dehors de l'image radiographique, la phlébolithe offre les mêmes symptômes cliniques que la lithiasse urétérale.

Ce qui a été la cause de bien des opérations inutiles.

Nous rapportons ici une observation la plus typique qui démontre combien la confusion peut être facile entre ces deux lésions bien distinctes.

OBSERVATION XV

(Docteur Ed. PAPIN)

Sœur B..., vient me consulter à l'Hôpital Saint-Joseph, en janvier 1932, pour des phénomènes de cystite.

Douleurs vives à la fin de la miction, fréquence des

mictions diurne et nocturne (jusqu'à 6 à 8). Douleur à la pression sus-pubienne. Parfois incontinence de l'urine.

Urines troubles, contenant du colibacille. Pas d'hématuries.



Cliché Arch. Mal. des Reins.

FIG. 4. — Observation XV (Dr Ed. Papin)

Phlébolithe pelvien gauche

La cystite qui dure depuis le début de décembre, avec des alternatives de sédation et d'exagération, se calme peu à peu.

Il persiste des douleurs dans le rein gauche et dans l'uretère gauche.

Les points costo-lombaire, para-ombilical sont très nets, avec surtout une douleur plus marquée et plus étendue dans la région iliaque gauche assez bas.

Le rein gauche est gros, douloureux et abaissé.

Rien d'anormal du côté droit.

La température pendant la crise oscilla de 38° à 39°.

La malade, âgée de 53 ans, a fait sa ménopause à 51 ans.

Le 18 janvier, je pratique la cystoscopie : vessie normale, orifices urétéraux normaux.

Cathétérisme bilatéral.

Rein droit : ni pus ni microbes ; Ur = 13,36.

Rein gauche : nombreux leucocytes, pas de microbes ; Ur = 8,32.

Le 27 janvier, radiographie.

On introduit une sonde à gauche et l'on fait une pyélographie ascendante.

Il y a à gauche deux petites taches au contact de l'uretère : calculs ou phlébolithes.

Le bassin est un peu dilaté, mais l'uretère paraît normal.

Une radiographie pelvienne simple confirme le diagnostic et montre les deux taches à hauteur de l'épine sciatique, à 25 millimètres en dedans.

Je restais hésitant entre calcul et phlébolithe et fis sortir la malade pour un temps d'épreuve. Elle revint en avril et me dit qu'elle n'avait émis aucun calcul, mais que le point douloureux iliaque était de plus en plus net.

Alors je décidai de faire une incision exploratrice. Le 25 avril 1932 je fis une incision sus-pubienne de 12 centimètres environ, et ayant décollé le Retzius, je pus refouler le péritoine assez loin pour découvrir l'uretère dans sa portion préligamentaire et tout aussitôt je sentis le corps dur collé contre l'uretère. Ayant placé



Cliché Arch. Mal. des Reins.

FIG. 5. — Observation XV (Dr Ed. Papin)

Rapports de la veine utérine qui contient le phlébolithe avec l'uretère. — Section bilatérale entre deux ligatures

des valves de chaque côté, je vérifiai que ce corps dur était logé dans une grosse veine collée devant l'uretère et après avoir lié cette veine de part et d'autre par deux fils passés avec une Reverdin mousse, j'incisai sur le corps dur et retirai un phlébolithe du volume d'un gros pois, arrondi et blanc.

Je refermai la paroi en deux plans et la malade guérit très simplement. Depuis elle n'a plus présenté de douleur dans la fosse iliaque gauche et aucun symptôme urinaire.

Je viens de voir une autre malade qui présentait des douleurs du rein et de l'uretère gauches avec hématuries. La radiographie montra un chapelet de taches que je jugeai être des phlébolithes.

Je fis faire une radiographie avec pyélographie gauche qui confirma mon diagnostic. Il y avait aussi des taches à droite, mais aucun symptôme. Cette malade ne souffre pas assez pour accepter une intervention.

Cette observation a un double intérêt, diagnostic et pathogénique, elle démontre combien peut être difficile le diagnostic différentiel entre les phlébolithes et la lithiase urétérale.

Ces phlébolithes étaient collés sur la paroi urétérale, ce qui rendait le diagnostic différentiel impossible, malgré les procédés habituels.

Ici, même la pyélographie ascendante a été impuissante, et, on a dû recourir à une incision exploratrice.

En règle générale la radiographie prise en deux positions, face et profil, avec une sonde opaque poussée dans l'uretère, devrait être suffisante pour les distinguer.

D'autre part, l'ablation des phlébolithes a supprimé tous les symptômes. Ce qui prouve que les phlébolithes étaient bien la cause de la douleur urétrale, voire même rénale.

CHAPITRE V

LE DIAGNOSTIC

Le diagnostic préopératoire des varices de l'uretère ou du bassinet n'a jamais été posé.

Nous ne possédons encore ni moyen de diagnostic, ni un nombre suffisant de cas typiques.

C'est au cours de la lombotomie opérée pour une toute autre cause qu'on les rencontre.

En règle générale, on intervient pour les petites hydronéphroses douloureuses, croyant trouver un vaisseau anormal, pour un rein ptosé en vue de la néphropexie, soit pour un « rein douloureux » pour procéder à l'énervation du pédicule vasculaire.

Cependant on peut désormais supposer qu'en présence des veines variqueuses de la vessie et surtout au voisinage de l'orifice urétéral, on peut avoir affaire à une phlébectasie, intéressant en partie ou en totalité le conduit urétéral.

Dans la littérature en décrivant les varices vésicales au cours de la cystoscopie à la suite d'une hémorragie intense, les auteurs se sont toujours contentés des résultats thérapeutiques, sans pousser plus loin leurs investigations, qui n'auraient pas été, à notre avis, sans intérêt.

CHAPITRE VI

PRONOSTIC DES LÉSIONS VEINEUSES

L'état actuel de nos connaissances concernant les lésions veineuses, telles varices ou phlébolithes, ne permet pas d'établir un pronostic défini.

Cependant, par certaine analogie, qu'on peut trouver dans les organes des voies urinaires, il est permis d'émettre une hypothèse, que, si elle n'est pas exacte, nous rapprochera, croyons-nous, de la vérité.

Nous prenons comme point de départ les résultats fournis par la pyélographie ascendante.

Dans presque tous les cas, la pyélographie ascendante nous a montré une légère dilatation du bassinet, qui, en dehors des autres causes, peut être expliquée par la présence des veines variqueuses au contact de la partie supérieure de l'uretère ou du bassinet.

En effet, si nous admettons la théorie dynamique, telle qu'elle était proposée par LEGUEU, FEY et TRUCHOT, on est en droit de croire que les veines altérées aboutiront au même résultat.

D'après la théorie dynamique, l'hydronéphrose peut se former en dehors de tout obstacle mécanique à l'écoulement de l'urine, et, il suffirait d'un contact

prolongé d'une artère anormale contre la paroi du bassin ou de l'uretère pour la provoquer.

D'autre part, GOUVERNEUR et H. MARION, ont démontré qu'il suffirait d'un corps étranger au contact de l'uretère ; par exemple un catgut non serré, pour que sa fonction ne tarde pas à s'altérer.

Donc, si on admet la théorie dynamique de l'hydronéphrose, il nous reste à démontrer le rôle irritatif des lésions veineuses.

Il est évident que la paroi altérée des veines variqueuses constituerait à la longue un élément dur beaucoup plus irritatif que la paroi élastique des artères.

A l'appui de notre point de vue s'ajoutent les rapports intimes du système veineux avec les parois urétérales.

En résumé, nous pouvons dire que les veines variqueuses peuvent être considérées comme un des facteurs de l'hydronéphrose.

CHAPITRE VII

LE TRAITEMENT

Le traitement des varices, aussi bien que des phlébolithes, est chirurgical et consiste dans la résection de la portion variqueuse, ou d'une veine, avec des phlébolithes entre deux ligatures, et de la libération de l'uretère.

La blessure de ces veines variqueuses peut devenir dangereuse à cause de l'hémorragie possible. RAFIN fut le premier qui attira l'attention sur ces faits.

Il rapporta un cas où, à la suite de la pyélotomie, la blessure d'une grosse veine urétérique obligea à recourir à la néphrectomie secondaire à cause d'une hémorragie grave.

Dans ce chapitre, il faut distinguer :

1° Les varices des veines de la portion supérieure de l'uretère et du bassin.

2° Les phlébolithes pelviens.

1° En ce qui concerne les varices pyélo-urétérales, il n'est pas possible de fixer une technique générale.

Le plus souvent, les varices sont observées au cours d'un état pathologique complexe, comprenant une certaine dilatation atonique de l'uretère et du bassin.

à l'abaissement plus ou moins marqué du rein, parfois des malformations portant sur la forme, la rotation du rein et sur la disposition de son appareil vasculaire.

De telle sorte que l'opération n'est jamais simple, mais comporte l'isolement du rein et de l'uretère, d'adhérences fibreuses plus ou moins marquées, la fixation haute du rein par néphropexie, parfois l'énervation du rein pour phénomènes douloureux. Enfin on a pu faire des opérations comme la néphrostomie et la pyélotomie.

Le traitement particulier des veines variqueuses a toujours consisté, dans la résection, entre deux ligatures, d'un ou plusieurs troncs dilatés. Il est donc impossible de dire quel a été l'effet exact de cette intervention au milieu d'un complexe thérapeutique variable.

Il y a eu cependant des cas (comme l'observation II) où la résection veineuse a été le temps principal, et a certainement amélioré les symptômes cliniques.

D'autres observations seront nécessaires pour établir l'importance relative des diverses opérations associées.

2° En ce qui concerne les phlébolithes pelviens, la question est plus simple. L'observation que nous rapportons est jusqu'ici unique, mais absolument démonstrative.

Le diagnostic de phlébolithe avait été porté avant l'opération, et celle-ci consiste simplement à enlever le phlébolithe en coupant de chaque côté la veine qui le contenait.

La guérison complète de la malade ne saurait laisser aucun doute sur la nature des symptômes observés.

C'est dans la région pelvienne que siègent toujours les phlébolithes, et l'incision qui nous conduira sur l'obstacle à supprimer, est la même que celle qu'on emploie pour enlever un calcul de l'uretère.

On la choisira donc suivant le siège de l'obstacle, comme on choisirait pour une urétérolithotomie, suivant le siège du calcul.

Il est probable que des cas de ce genre seront rencontrés plus souvent chez la femme que chez l'homme et en général au point de croisement de l'uretère avec les veines utérines.

C'était le cas dans notre unique observation et c'est pourquoi nous avons choisi la voie latérale qui nous a mené facilement sur le corps étranger.

Le Docteur PAPIN a pratiqué dans sept cas la néphropexie complémentaire aux résections des veines.

Toutes les néphropexies furent pratiquées suivant le procédé du Docteur PAPIN : par transfixion, soit du pôle inférieur, soit supérieur, complété par un hamac graisseux sous-rénal.

Dans deux cas (observations I et VIII) il fit l'énervation.

Dans l'observation I, l'énervation est complète ; dans l'observation VIII, l'énervation est partielle, n'intéressant que l'artère principale (grosse artère avec nerfs augmentés de volume).

Dans quatre cas (observations I, II, III, V) la décapulation fut jugée nécessaire.

DEBROVE, également, après avoir sectionné le nodule variqueux, pratiqua la décapsulation et puis l'énervation avec résultats satisfaisants.

Dans l'observation V on pratiqua la section des brides qui comprimaient l'uretère.

Enfin, dans l'observation IV, le Docteur PAPIX ne fait pas la résection des veines, la jugeant inutile, mais pratique le drainage transrénal.

CONCLUSIONS

I. — Les lésions veineuses en rapport avec les voies urinaires supérieures sont rares.

II. — Elles sont isolées ou coïncident avec d'autres lésions.

III. — On peut classer ces lésions en trois groupes :

- a) Varices de l'appareil urinaire supérieur.
- b) Veines normales ou anormales modifiant la fonction de l'uretère.
- c) Phlébolithes qui peuvent être au contact de l'uretère.

IV. — On peut observer les varices soit dans un segment de l'arbre urinaire, soit dans toutes ses parties.

V. — Anatomiquement les lésions sont les mêmes que celles des autres varices de l'organisme.

VI. — Cliniquement ces lésions se manifestent par.

- a) la douleur,
- b) l'hématurie,
- c) ou les deux symptômes réunis.

VII. — Le diagnostic n'est possible qu'au cours de la lombotomie.

VIII. — La constatation de varices de la vessie peut cependant orienter le diagnostic.

IX. — Le diagnostic des phlébolithes est rendu possible par la radiographie de face et de profil avec une sonde opaque poussée dans l'uretère.

X. — Le traitement est chirurgical, consistant dans l'ablation des parties lésées entre deux ligatures.

Vu :

LE DOYEN,

ROUSSY.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

GOSSET.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

DEBROYE. — Varice d'une veine anormale du rein.
Scalpel, année 1924, N° 20, p. 619.

GRÜBER (P.) et FRANK. — *Zeitschrift Urologische Chirurgie*, vol. XIII, p. 107.

PAPIN (Edmond). — Rein et uretère chez l'homme.
Encyclopédie d'urologie, p. 497-498, 1904.

— Lésion veineuse en rapport avec les voies urinaires supérieures. *Archives des maladies des reins et des organes génito-urinaires*, tome VIII, N° 1, p. 17, 1934.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	9
CHAPITRE I. — Les veines du bassin et de l'uretère	11
CHAPITRE II. — Les varices des voies urinaires supérieures	13
CHAPITRE III. — Brides, adhérences, voiles veineux	39
CHAPITRE IV. — Phlébolithes	45
CHAPITRE V. — Le diagnostic	53
CHAPITRE VI. — Pronostic des lésions veineuses	55
CHAPITRE VII. — Le traitement	57
CONCLUSIONS	61
BIBLIOGRAPHIE	63

